

reçu à l'hôpital pour un abcès froid à la région antérieure de l'abdomen, qui est ouvert quelques jours après son entrée. A une suppuration considérable et à la fièvre quotidienne qui l'accompagne, viennent se joindre des sueurs abondantes qui augmentent encore la faiblesse du malade. Le 4 octobre il prend 5 centigr. de tannin, la transpiration cesse dès la nuit suivante. Par précaution, le malade prend encore, pendant trois jours, du tannin qui n'a d'ailleurs paru modifier en rien la sécrétion purulente.

Au reste, les anciens nous ont probablement précédé dans l'emploi de ce médicament. L'agaric blanc, vanté autrefois comme antisudorifique, ne devrait-il point cette propriété à la présence du tannin, bien que l'analyse chimique ne l'y ait pas signalé? Dans tous les cas, il est certain que l'agaric bien choisi, et donné à doses suffisantes, arrête assez ordinairement les sueurs des phthisiques, ainsi que l'ont constaté M. Barbut, et plus récemment M. Toël en 1851, et M. Andral en 1854. Mais il est certain aussi que le tannin sera toujours préférable à l'agaric, qui a l'inconvénient d'agir souvent d'une manière fâcheuse sur le tube digestif.

(Ibidem.)

57. *Observation de cyanose congénitale; aorte naissant des deux ventricules du cœur; par le docteur GRAVINA.*

Un enfant de neuf ans, assez bien constitué, présentait depuis sa naissance un teint plombé, avec coloration bleuâtre des lèvres et des angles; il avait des palpitations continuelles, et la respiration était très-courte et très-accélérée. Au moindre effort, ces symptômes s'aggravaient beaucoup, et il était forcé de se coucher et de ne point remuer jusqu'à ce que les palpitations cessassent, et en même temps tout le corps devenait bleu et se couvrait de sueur. Quand il était assis ou couché, il se sentait mieux et pouvait faire quelques efforts. A la percussion, la poitrine donnait partout un son clair, partout on entendait la respiration normale, mais à la région précordiale, on percevait deux bruits outre les battements du cœur. L'un de ces bruits anormaux ressemblait au *frémissement cataire*, et s'entendait pendant la systole du cœur; l'autre, qui paraissait lié à la contraction des oreilles était si clair et si éclatant qu'on l'entendait dans tout le côté droit de la poitrine; à gauche cependant il était à peine perceptible. Quand l'enfant était en repos, son pouls battait de 78 à 84 par minute: au moindre effort il montait à 100 ou 105. Les veines extérieures ne présentaient ni turgescence ni battement. L'abdomen était un peu développé, mais souple; le foie paraissait plus volumineux; les fonctions digestives étaient normales. L'enfant mourut subitement dans une attaque de dyspnée et de convulsions.

A l'autopsie, on trouva les poumons d'une coloration violette, réguliers quant à leur forme, et crépitants. Le cœur avait son volume ordinaire; le ventricule droit était presque double du gauche, mais ses parois n'étaient point épaissies. Le ventricule gauche était plus petit; les orifices auriculo-ventriculaires des deux côtés paraissaient sains. Le trou ovale était fermé. La cloison musculaire commune aux deux ventricules, n'atteignait pas tout à fait jusqu'à la base du cœur, mais elle manquait au point où naît l'aorte, laissant entre les deux ventricules une communication circulaire. Cette ouverture était plus grande du côté qui communiquait avec le ventricule droit, et un peu resserrée du côté de la cavité gauche. L'orifice aortique était très-dilaté ainsi que les valvules semi-lunaires qui semblaient avoir des dimensions proportionnelles à cette dilatation. L'artère pulmonaire était très-rétrécie, mais ses parois étaient sans altération. Le foie était hypertrophié; la rate était à l'état normal.

(Schmidt's Jahrbucher.)

58. *Mutisme produit par le sulfate de quinine; par le docteur MÉNAGE.*

Le fait suivant perd beaucoup de son intérêt, par cela seul qu'il a été observé chez une femme tourmentée par quelques accidents hystériques; cependant, comme une observation analogue aurait été, suivant l'auteur, recueillie par M. Bertin, et publiée dans sa thèse en 1829, nous allons en présenter une analyse rapide.

Obs. — Madame L., âgée de 22 ans, d'une constitution nerveuse, mal réglée, sujette à quelques accidents hystériques, est prise d'une fièvre intermittente qui se traduit par ces mêmes accidents revenant périodiquement. Après les six premiers accès, durant lesquels la malade ne prit qu'un évacuant et des amers, on lui prescrivit douze grains de sulfate de quinine à prendre en trois doses pendant l'intermittence. Les deux premières doses ne produisent aucun effet; mais aussitôt après l'ingestion de la troisième, irritation nerveuse extrême; face vultueuse; yeux saillants; violente céphalalgie; et enfin mutisme complet; impossibilité absolue d'émettre aucun son; l'ouïe et les autres sens intacts. La malade ne pouvait se faire comprendre que par signes; j'essayai, dit l'auteur, de la calmer; je lui prescrivis des antispasmodiques, etc. Cet état, après avoir duré vingt-quatre heures, cessa instantanément, laissant seulement de l'embarras et de l'étourdissement dans la tête. La fièvre ne reparut plus, et la malade fut soumise à l'usage du vin de Séguin.

(J. de la sect. de Méd. de la Soc. acad. de la Loire inf. n° 68.)

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

59. *De l'opération césarienne, sa rareté dans le Danemarck; par le dr OTTO.*

Pour peu que vous suiviez les annales de la science, vous ne tarderez pas à vous apercevoir que les opérations chirurgicales partagent le sort de tant d'autres branches de la science et de l'art, c'est-à-dire qu'elles ont leur moment de vogue. Jouissant de la plus grande considération dans tel pays, elles sont ignorées dans tel autre, ou du moins on ne les y connaît que de nom. A une certaine époque on en exagère le mérite et l'efficacité, et plus tard elles tombent dans l'oubli. La saignée, la scarification, l'acupuncture, l'électricité, la cautérisation, l'opération césarienne, la plus dangereuse de toutes peut-être, en sont la preuve. En 1852 encore on ne connaissait en tout que 238 cas d'opération césarienne; 140 mères avaient succombé, et le succès se trouvait être à l'insuccès dans le rapport de 29 à 55. Néanmoins l'Allemagne vit cette opération pratiquée 47 fois de 1801 à 1821, et 61 fois de 1821 à 1851. Dans le petit pays de Holstein, elle eut lieu 10 fois de 1827 à 1858, et fut presque toujours heureuse, car il ne succomba que 5 mères et 5 enfants. Ces chiffres sont forts si on les compare à ceux fournis par l'hospice de la Maternité à Paris, où parmi les 22,000 naissances de 1797 à 1811, il n'y eut que 2 cas d'opération césarienne, dans chacun desquels la mère succomba.

La rareté de cette opération et son peu de succès doivent-ils être attribués aux difficultés qu'elle présente? Non, l'expérience nous prouve le contraire. Où trouvera-t-on des opérateurs habiles, si ce n'est pas dans les grandes villes, à la tête des hôpitaux? Or, il est reconnu que, dans les villes, la mortalité, après l'opération césarienne, est dans le rapport de 25 à 11, tandis que dans les campagnes elle est dans le rapport de 50 à 29.

Si nous nous en rapportons à M. Schœnberg de Copenhague (et les travaux dont il a enrichi la science donnent à ses opinions un grand poids), l'incertitude de l'opération césarienne n'est pas la seule cause de sa rareté en Danemarck; il y en a une autre: c'est l'incertitude, bien plus grande encore, des indications et des signes qui prouvent la nécessité de pratiquer cette opération. Ensuite, faut-il suivre le principe d'Osborn, de Burns, de Blundell, de Wigand et de Rittgen, qui veulent avant tout que l'on sauve la mère; ou bien faut-il avec d'autres autorités non moins respectables, placer sur la même ligne l'existence de la mère et celle du fœtus? C'est entre ces deux principes que le chirurgien doit choisir; et quelque chose qu'il fasse, ou il refusera de pratiquer l'opération césarienne, ou, s'il l'entreprend, ce sera pour sauver l'enfant.

Blundell, Burns, et la plupart des médecins de l'Europe, sont pour la conservation de la mère. C'est aussi le principe qui domine en Danemarck, où l'on s'appuie sur un grand nombre de faits moraux et physiques, que M. Schœnberg détaille avec soin dans son travail. L'opération césarienne garantit-elle la

vie de l'enfant? L'expérience répond qu'elle est presque aussi dangereuse pour l'enfant que pour la mère, et que dans le plus grand nombre de cas il meurt immédiatement ou peu de temps après.

La même obscurité enveloppe la question de savoir quelles sont les dimensions que doit avoir le bassin pour livrer passage à l'enfant. Baudelocque, Baer, Klein, Mmes Lachapelle et Boivin, ne demandent que 2 pouces à 2 pouces 5/4, tandis que d'autres prétendent que 5 pouces sont insuffisants. Ajoutons aussi l'incertitude inhérente à la manière même de mesurer, et l'on comprendra l'embarras où doivent se trouver les médecins chirurgiens de campagne, qui n'ont pas, faute d'occasion, l'expérience nécessaire pour pouvoir décider si l'opération césarienne doit être faite ou non. Le résultat définitif auquel est arrivé M. Schœnberg, c'est qu'il ne faut la pratiquer qu'à la dernière extrémité, et lorsqu'il est bien reconnu que les autres moyens sont insuffisants; que par conséquent il est naturel qu'elle ait rarement lieu.

(Hamburger Zeitschrift.)

40. *Cas de présentation placentaire. Mort; par M. INGLIBY.*

Jeune femme. Grossesse à terme. Attaques répétées d'hémorrhagie dans les dernières semaines. Gonflement œdémateux des jambes. Nouvelle attaque d'hémorrhagie sans douleurs, mort pendant la perte sanguine. M. Ingliby touche la femme un instant avant la mort, passe deux doigts dans le col et reconnaît la présence du placenta contre cet orifice; le col utérin était à peine ouvert. Sur le cadavre on essaie de dilater le col, mais on ne peut en venir à bout. Cependant M. Ingliby pense que si le cas eût été diagnostiqué plus tôt, la main aurait pu petit à petit se frayer une route dans l'utérus; le tampon aurait pu être appliqué dans le but d'arrêter l'hémorrhagie jusqu'au moment de l'accouchement.

(The Lancet.)

41. *Avantages de la saignée révulsive dans les maladies de l'utérus; par M. LISFRANC.*

Les avantages de la saignée révulsive dans le traitement des maladies de l'utérus ont été si souvent constatés par les faits nombreux dont vous avez pu être témoins dans cet hôpital, qu'il y a vraiment lieu de s'étonner de l'opposition que quelques praticiens font encore à cet agent puissant de thérapeutique. Nier la révulsion par la saignée, c'est non-seulement

infirmes les écrits des anciens observateurs, tels que Sylva, Bellini, Quesnay, Lafaye, qui, tous, l'admettent comme un fait pratique de haute utilité. C'est encore vouloir ne tenir aucun compte des preuves matérielles que l'expérience de chaque jour apporte en faveur de cette même révulsion. Que fait-on, en effet, quand on veut provoquer les règles chez une femme? On a recours aux sangsues. Mais dans quelle proportion? En applique-t-on dix, quinze et plus? Non, sans doute; car on produirait ainsi une saignée locale déplétive, et l'éruption menstruelle serait empêchée. Posez, au contraire, deux sangsues, trois au plus, à la partie interne et supérieure des cuisses; n'en laissez saigner les morsures que huit à dix minutes; les règles alors ne tarderont pas à paraître.

Il y a plus; une femme a une hémorrhagie utérine qui a résisté à tous les autres moyens; vous lui pratiquez au bras une saignée de 60 ou 120 grammes (2 ou 4 onces): la métrorrhagie s'arrête. Une saignée double de celle qu'on vient de faire eût plutôt augmenté que diminué la perte utérine. N'est-ce pas là, je vous le demande, l'effet révulsif le mieux indiqué? Mais, poursuivons cet examen de preuves.

Ne nous avez-vous pas vu souvent ici appliquer avec succès, sur un engorgement blanc, indolore et stationnaire, de quatre à huit sangsues dans le but de produire une excitation légère capable d'aviver les tissus en y déterminant une fluxion sanguine modérée. Or, comment cet effet, que vous avez dû plusieurs fois constater, aurait-il eu lieu si les sangsues n'avaient pas révulsé le sang sur l'articulation ou l'organe affecté d'engorgement?

Enfin, s'il était besoin d'une dernière preuve à l'appui de ces idées que je ne vous impose certes pas, mais dont je vous engage à vérifier la valeur par l'application que vous en ferez, je rappellerai la mort déplorable d'un homme haut placé dans le monde, chez lequel une apoplexie cérébrale eut lieu consécutivement à l'application d'un petit nombre de sangsues derrière les apophyses mastoïdes, pour combattre une céphalalgie dont il souffrait depuis quelques jours.

Ces faits divers que je viens de grouper à dessein prouvent suffisamment que la révulsion par la saignée, loin d'être une utopie physiologique, constitue une réalité thérapeutique dont la science doit profiter.

Dans les maladies de matrice, chaque fois qu'on la pratique dans les formes convenables, c'est-à-dire sur le point le plus éloigné du siège de la maladie, ainsi au bras, et c'est le lieu d'élection, en ayant soin chaque fois de n'extraire que 60, 90 ou 120 grammes de sang (deux, trois ou quatre onces), suivant l'idiosyncrasie de la maladie, il est rare de ne pas observer une rémission notable des symptômes du côté de l'utérus, en même temps qu'il se produit vers les organes sus-diaphragmatiques une fluxion sanguine qui se révèle par de l'oppression, des palpitations, de la céphalalgie, de la chaleur et de la rougeur à la face.

Pour vous convaincre de ces résultats, vous n'avez qu'à interroger les seize femmes couchées aux numéros 5, 4, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 25, 24, 27, 29, 31, 32, 33, 39 de la salle Saint-Augustin; chez toutes

la saignée révulsive a été pratiquée le même jour: quatorze ont éprouvé une amélioration notable vers la matrice, et les symptômes que j'ai indiqués du côté des organes supérieurs.

Chez deux seulement la saignée n'a produit aucun changement appréciable.

A ce résumé, dont nous pourrions tous les mois vous donner la répétition, j'ajouterai un relevé statistique publié dans le Bulletin thérapeutique, par M. Forget. Vous y verrez que sur dix-huit femmes, toutes atteintes d'engorgement sub-inflammatoire de l'utérus, la saignée révulsive ayant été pratiquée le même jour, huit d'entre elles ont éprouvé de la céphalalgie pendant plusieurs heures: une, le soir même du jour de la saignée; les autres, le lendemain. La céphalalgie a varié d'intensité. Chez ces huit femmes les douleurs utérines ont beaucoup diminué.

Quatre ont ressenti cette amélioration du côté de l'utérus, sans aucun accident vers les organes supérieurs. Chez une malade à laquelle sa faiblesse ne permit d'extraire qu'une once de sang, la congestion sus-diaphragmatique fut on ne peut plus marquée.

Trois éprouvèrent de fortes palpitations, de la chaleur à la poitrine; la douleur utérine diminua.

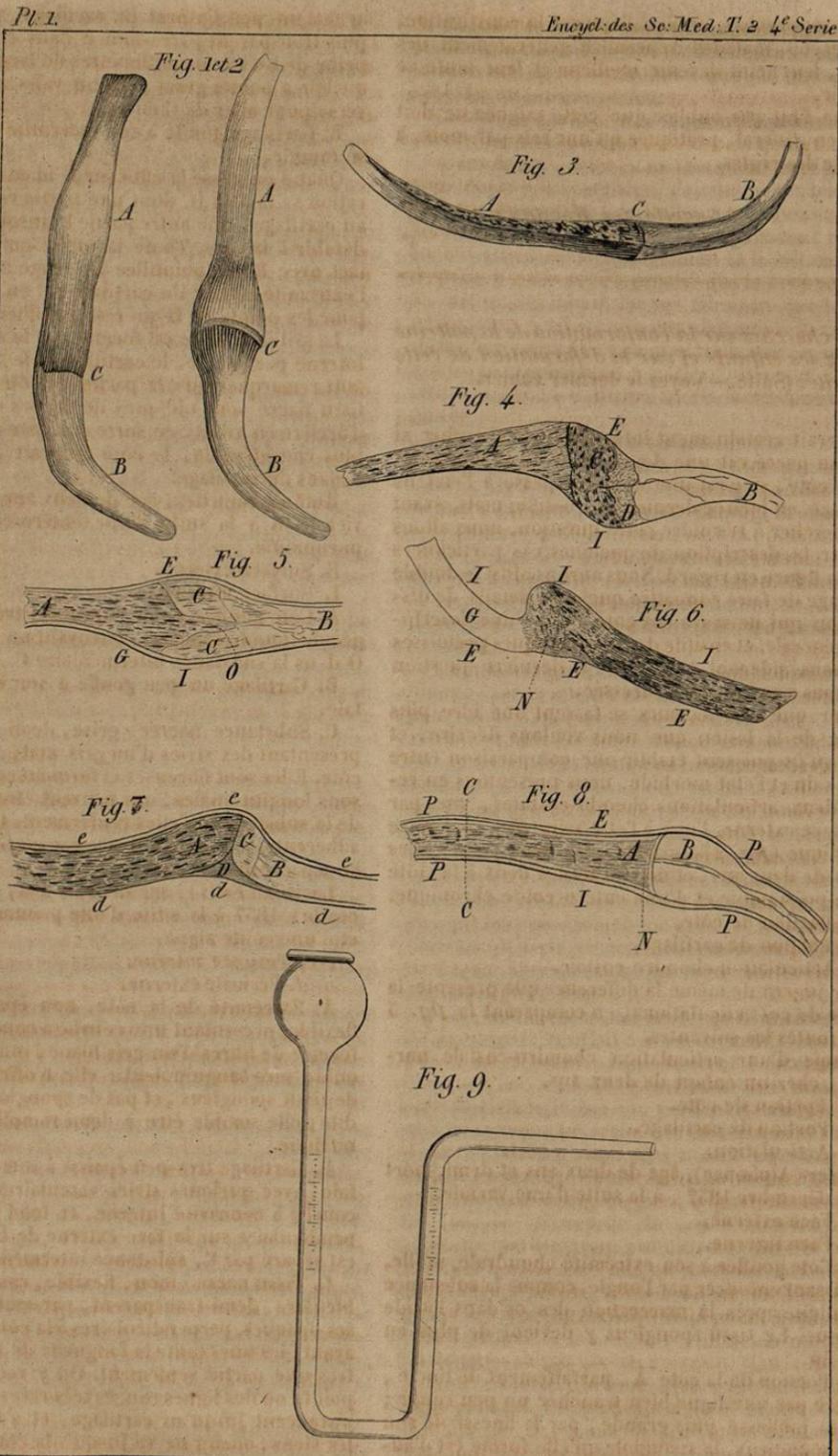
Trois, enfin, ne présentèrent aucune modification dans leur état qui se maintint tel qu'il était avant la saignée.

L'énumération statistique de semblables résultats obtenus par la saignée révulsive est assez concluante pour convaincre tous les esprits dégagés de prévention et libres de toute idée préconçue. Pour vous, qui apportez dans l'étude de la médecine le désir de savoir ce qu'elle enseigne de vraiment utile, et qui, placés en dehors de toute préoccupation systématique, ne devez être mus que par le noble instinct qui vous fait rechercher avec ardeur la vérité, examinez les malades qui offrent ici un vaste champ à votre observation, recueillez des faits, et je ne doute pas que leur interprétation simple et logique ne vous conduise à partager notre conviction sur l'efficacité de l'agent thérapeutique que vous me voyez si souvent mettre en usage.

Il est une dernière objection que les antagonistes de la saignée révulsive ne manquent jamais de lui faire: en répétant aussi souvent la phlébotomie, disent-ils, on affaiblit les malades. Sans doute il en sera ainsi dans le cas où, perdant de vue les règles que nous avons prescrites, le médecin aura l'imprudence d'extraire, non plus 2 ou 3 onces de sang, mais une quantité double et triple même. Cette saignée copieuse aura, de plus, le grave inconvénient de rompre l'harmonie du système nerveux et d'y jeter une perturbation prompte à se révéler par des troubles fonctionnels nombreux et variés. Ce dernier effet a lieu d'autant plus facilement que déjà les organes se trouvent sympathiquement prédisposés, placés comme ils le sont sous l'influence morbide de l'utérus.

Pour en finir d'ailleurs avec cette objection, je vous conseille de lire la thèse de M. Pasquet, soutenue à la fin de l'année 1857. Vous y trouverez des faits qui prouvent que ces petites saignées du bras conviennent également sur des femmes chétives, débilitées, et qu'en les répétant à des intervalles

pe
l'ét
gare
leur
rae!



de
qui
ma-
tinct

même rapprochés, au lieu d'épuiser la constitution, on voit les malades reprendre généralement des forces, leur teint devenir meilleur et leur santé se rétablir.

Il ne faut pas oublier que cette saignée ne doit être, en général, pratiquée qu'une fois par mois, à la suite des règles.

(Gazette des Hôpitaux, n° 34.)

42. Recherches sur la conformation de la poitrine chez les enfants et sur la déformation de cette cavité. (Suite.—Voyez le dernier cahier.)

Il serait certainement intéressant de chercher si ce tissu nacré est une dépendance du cartilage ou de la côte, si c'est une côte qui passe à l'état de cartilage, ou bien ce dernier qui s'ossifie; mais, avant de chercher à résoudre cette question, nous allons donner la description de quelques cas particuliers avec la figure en regard. Nous aurons ainsi le double avantage de faire connaître quelques détails de disposition qui ne sauraient entrer dans une description générale, et ensuite de poser quelques prémisses qui nous aideront à résoudre la dernière question que nous nous sommes adressée.

Pour que nos lecteurs se fassent une idée plus exacte de la lésion que nous voulons décrire, et pour qu'ils puissent établir une comparaison entre l'état sain et l'état morbide, nous présentons en regard deux articulations chondo-costales, vues par leur face externe, l'une à l'état sain (fig. 1), l'autre rachitique (fig. 2) appartenant à deux petites filles âgées de deux ans, et mortes toutes deux à la suite d'une pneumonie et d'une entéro-colite chronique.

- A. Portion de côte.
- B. Portion de cartilage.
- C. Articulation chondro-costale.

On jugera de même la différence que présente la coupe de ces articulations, en comparant la fig. 5 avec toutes les suivantes.

Coupe d'une articulation chondro-costale normale, chez un enfant de deux ans.

- A. Portion de côte.
- B. Portion de cartilage.
- C. Articulation.

Enfer (Alphonse), âgé de deux ans et demi, mort le 22 décembre 1857, à la suite d'une variole.

- E. Face externe.
- I. Face interne.

A. Côte gonflée à son extrémité chondrale, molle, se laissant enfoncer par l'ongle, comme la substance organique après la macération des os dans l'acide nitrique. Le tissu spongieux y devient de plus en plus fin.

C. Portion de la côte A, parfaitement distincte, limitée par une ligne bien tranchée un peu rouge; par sa mollesse plus grande, par la finesse de son tissu spongieux, la spongiosité qu'elle forme est d'autant plus molle qu'elle se rapproche plus de D.

D. Tissu nacré, gris bleuâtre demi-transparent,

TOME II. 4^e s.

ayant un peu l'aspect du cartilage, plus cassant, plus transparent; très-mince dans ce cas, il a à peine de un à trois millimètres de large. Il présente quelques points grecs, et un vaisseau qui le traverse pour aller de C en

B. Cartilage gonflé à son extrémité externe, où il se ramifie.

Quand on casse la côte sur le mamelon, la séparation se fait en D, dont une partie reste adhérente au cartilage, une autre partie beaucoup plus considérable à la côte. Toute la partie qui était en contact avec B est pointillée de rouge aussi bien que l'extrémité costale du cartilage; il en est de même pour les points de D qui restent adhérents à C.

La saillie externe est formée par la côte, la saillie interne par la côte, le cartilage et le tissu nacré; il faut remarquer que la partie de côte malade et le tissu nacré sont obliques de dehors en dedans, et d'arrière en avant, en sorte que, par une altération plus considérable, la côte tendrait à se porter en dedans du cartilage.

Ruffin (Auguste), âgé de deux ans, mort en janvier 1858 à la suite d'une entéro-colite et d'une pneumonie.

E. Surface externe.

I. Surface interne.

A. Côte gonflée à son extrémité, très-molle, gorgée de liquide sanglant, envoyant un prolongement O dans la substance intermédiaire C.

B. Cartilage un peu gonflé à son extrémité costale.

C. Substance nacrée, grise, demi-transparente, présentant des stries d'un gris mat, parallèles à la côte. Elles sont fibreuses et forment comme des cloisons longitudinales, qui peuvent être débarrassées de la substance qu'elles renferment. Ces fibres sont adhérentes à la côte qui se casse en G plutôt que de se séparer de C.

Lacroix (Félix), âgé de trois ans, mort le 5 décembre 1857 à la suite d'une pneumonie lobulaire et d'une colite aiguë,

eee. Périoste interne.

ddd. Périoste externe.

A. Extrémité de la côte, non épaissie, molle, flexible, présentant une courbe à concavité interne, formée de fibres d'un gris blanc, infiltrées d'un liquide séro sanguinolent: elle n'offre presque pas de tissu spongieux, et pas de spongiosité proprement dite; elle semble être à demi ramollie dans l'acide nitrique.

B. Cartilage très-peu épaissi à son extrémité costale, avec quelques stries vasculaires; il décrit une courbe à concavité interne, et tend à tomber perpendiculaire sur la face externe de la côte, dont il est séparé par C, substance intermédiaire.

C. Tissu nacré, mou, flexible, cassant, d'un gris bleuâtre, demi-transparent, parsemé de fibres grises opaques, perpendiculaires à la côte, irrégulières, ayant, les unes toute la longueur de la côte, les autres une partie seulement. On y voit en outre des points ou des lignes rouges très-rare, vaisseaux qui s'avancent jusqu'au cartilage, et s'abouchent vers les siens; aucun ne va jusqu'à la côte.

Cette substance se détache facilement de la côte, du cartilage et du périoste environnant; les deux

premiers ont alors une surface mamelonnée irrégulière.

D. Substance fibreuse continuée avec le périoste externe, dont elle semble l'épaississement.

Pas de saillie extérieure. La saillie intérieure est formée également par la côte et le tissu nacré.

Alexandrine N^{***}, âgée de vingt mois, morte le 16 août 1859, à la suite d'une pneumonie.

E. Face externe.

I. Face interne.

La côte C, molle et gorgée de sang, va en s'élargissant jusqu'à son extrémité chondrale; par son côté externe, elle se change peu à peu en une éponge fine qui est en contact avec le tissu nacré N et se confond insensiblement avec lui.

La côte a conservé plus de fermeté à sa face interne, en sorte que son extrémité forme une saillie anguleuse.

Le tissu nacré N a une teinte rosée, d'autant plus prononcée qu'il se rapproche davantage de la spongiote. Du côté du cartilage G, il a tout à fait l'aspect nacré, et présente quelques petits vaisseaux; on n'y voit aucune fibre grise.

G. Cartilage qui a son aspect normal, s'élargit un peu à son extrémité costale, et offre quelques vaisseaux qui s'abouchent avec ceux de N.

La saillie extérieure est formée par le coude du cartilage; le mamelon intérieur par la côte et le tissu nacré.

Lacquit (Auguste), âgé de cinq ans, mort le 4 janvier 1858 à la suite d'une pneumonie et d'une colite ulcéreuse.

E. Face externe.

I. Face interne.

L'articulation chondro-costale fait saillie seulement en dehors, et fort peu en dedans; les côtes et le cartilage sont sur la même ligne.

A. Côte qui se renfle à peine à son union avec le cartilage. Son tissu compact, bien distinct du spongieux, forme une couche qui diminue à l'endroit où la côte se renfle jusqu'à l'union avec B, où elle disparaît. Le tissu spongieux rouge n'est pas ramolli.

B. Cartilage épais à son extrémité, formant la plus grande partie du gonflement; quelques-uns des cartilages de la poitrine qui a servi à faire cette figure, présentaient à leur centre une ligne grise demi-transparente, d'aspect bleuâtre, formée par du tissu nacré; cette ligne aboutit à une autre rouge et se ramifiant ensuite comme un vaisseau sanguin.

N. Petite ligne d'un gris jaune d'un demi-millimètre d'épaisseur, sinueuse dans quelques-unes des côtes de ce sujet, plus molle que le cartilage, ne lui adhérait pas plus qu'à la côte; parfois elle n'existe pas distinctement, et là le cartilage est en contact immédiat avec l'os.

Ce n'est pas sans intention que nous avons placé cette figure à la suite de toutes les autres; elle nous semble indiquer la manière dont se fait la guérison, ou, au moins, le retour à une conformation meilleure. Ce ne pouvait pas être une lésion commençante, puisque elle existait chez un sujet âgé de cinq ans, portant d'ailleurs des traces de rachitisme ancien. La côte n'était ni ramollie ni spongieuse; les membres étaient fortement contournés, et ne conservaient plus cette mollesse et cette flexibilité

caractéristique des premiers degrés du rachitisme, si bien décrit par M. Guérin. D'ailleurs, l'observation que nous possédons nous apprend que cet enfant était rachitique depuis plusieurs années.

En sorte que la petite portion du tissu nacré renfermée dans le centre du cartilage de quelques-unes des côtes de cet enfant, nous a paru être le reste d'une masse plus considérable, qui s'est peu à peu convertie en cartilage véritable. Or, si nous remarquons que, dans toutes les autres figures, c'est la côte et le tissu nacré qui forment le mamelon, tandis qu'ici c'est le cartilage seul qui le constitue, il nous est impossible de ne pas admettre que le tissu cartilagineux s'est étendu aux dépens de la côte.

Considérons en outre la gradation que présentent les figures précédentes.

Dans la fig. 4 le mamelon est formé par la côte presque seule, très-épaisse, molle; à peine voit-on un peu de tissu nacré avec fibres grises.

Dans la fig. 5 le mamelon est formé par la côte et le tissu nacré. Celui-ci est constitué par des fibres aréolaires costales, molles et remplies de tissu nacré déposé par points isolés.

Dans la fig. 6 le tissu nacré s'est isolé et forme une portion bien tranchée du mamelon. Il contient encore des fibres osseuses molles.

Dans la fig. 7 le mamelon est formé par le tissu nacré seul, ne contenant plus de fibres osseuses ramollies, et se rapprochant du cartilage; enfin dans la figure 8, le mamelon est formé par du cartilage, à peine mêlé d'un peu de tissu nacré.

Aussi regardons-nous comme très-probable, la manière suivante de comprendre la marche de cette maladie.

La côte, primitivement saine, se gonfle à son union avec le cartilage, s'imprègne de sang plus abondamment que dans l'état normal, passe à l'état de spongiote et perd la plus grande partie ou la totalité de ses sels calcaires; puis il s'y dépose ce tissu nacré qui occupe d'abord les aréoles: ces aréoles, réduites à du tissu fibreux, disparaissent peu à peu laissant ces lignes grises que nous avons notées; puis, ces lignes disparaissent insensiblement, le tissu nacré reste seul, et finit par se convertir en cartilage, avec lequel il a une si grande analogie. Le tissu nacré est plus tranché du côté du cartilage, parce que c'est de ce côté que la maladie a commencé et que la cartilaginification y est plus complète.

On voit donc que, dans ces cas, la maladie n'est pas autre chose qu'une rétrogradation à l'état primordial. La côte, primitivement cartilagineuse pendant la vie fœtale, déjà osseuse à la naissance, a repassé par les phases qu'elle a parcourues, et est redevenue cartilagineuse; et comme, pour se faire, il lui a fallu s'amollir dans un moment où les mouvements respiratoires étaient indispensables, il en est résulté ces déformations de la poitrine que nous avons décrites.

Il ne faudrait pas croire, au reste, que la maladie a suivi une marche inverse à celle que nous venons d'exposer, et que le cartilage a passé à l'état osseux.

Jamais en effet il n'a été trouvé malade, aucun point osseux n'y a été constaté comme dans les cartilages qui s'ossifient; sa ligne de démarcation avec le tissu nacré a toujours été tranchée, nette; il n'y a

jamais eu de passage observé de l'un à l'autre, si ce n'est dans la fig. 9.

La côte a toujours été trouvée malade, et l'on a parfaitement constaté le passage du tissu osseux au tissu nacré.

§ II. *Lésion des organes thoraciques.*—D'après ce que nous avons dit de la forme intérieure de la poitrine, il est facile de concevoir que les organes thoraciques ont dû subir des modifications considérables dans leur forme extérieure et dans leurs rapports: on peut même prévoir ces modifications, car les organes, devant remplir exactement la cage qui les renferme, se moulent sur toutes ses saillies, sur toutes ses anfractuosités.

Aussi voit-on les poumons s'enfoncer en arrière dans l'intervalle des côtes; ou plutôt la saillie de celles-ci s'imprimer sur le bord postérieur de l'organe; en sorte que, lorsqu'il est enlevé de la place qu'il occupe, il offre des sillons mousses transversaux, peu profonds, qui simulent l'encastrement des poumons des oiseaux.

Mais les déformations les plus remarquables ont lieu là où la cage thoracique est le plus déformée, c'est-à-dire sur les parties latérales.

Les saillies que nous avons décrites, s'avancant contre la colonne vertébrale, dépriment le poumon et laissent sur sa surface une marque plus ou moins profonde et durable.

Lorsque la déformation est considérable, et que les saillies costales s'approchent de la colonne vertébrale, le poumon se trouve comme divisé en deux parties par une rainure verticale ou légèrement oblique en bas et en dehors.

La partie du poumon qui est en arrière de la rainure, formant la plus grande partie de l'organe, est à l'état normal, ou présente des altérations secondaires, le plus souvent indépendantes de sa déformation rachitique.

La partie antérieure est généralement épaisse, de couleur claire, et contient peu de sang. Les vésicules pulmonaires sont dilatées, on les voit distinctement à l'œil nu; elles acquièrent rarement plus du volume d'une petite tête d'épingle.

Cette emphysème se prolonge assez souvent jusque dans le sommet du poumon, qui n'est cependant pas comprimé; nous l'avons aussi quelquefois constaté en arrière des dépressions.

Du côté droit, le bord antérieur du poumon conserve sa forme normale; à gauche, au contraire, le cœur, qui ne cède pas à la compression, détermine une exagération de la forme naturelle de ce bord. Au-dessus du cœur il s'avance jusque près de la ligne moyenne. A son niveau il se contourne en arrière pour suivre ensuite sa partie inférieure. Il en résulte, sur le bord du lobe supérieur, une vaste échancrure qui se termine en bas et en avant par une sorte de languette. Celle-ci, beaucoup plus volumineuse que l'isthme de substance pulmonaire qui l'unit au reste du lobe, est presque toujours emphysémateuse.

Cette échancrure résulte de ce que le poumon, comprimé entre le cœur et les côtes, au lieu de se laisser déprimer, a fui peu à peu sous la compression. Cette disposition est quelquefois le point de départ d'une autre plus étendue.

Alors l'organe entier s'est réfugié en arrière des dépressions, diminuant ainsi considérablement de volume, et n'étant nullement emphysémateux. Mais ce cas est le plus rare, et presque toujours on trouve la rainure qui divise le poumon, comme nous l'avons indiqué.

Cette rainure, à peu près continue depuis la première côte jusqu'à la base du poumon, est plus marquée, de distance en distance, par des impressions arrondies digitales. Là le tissu pulmonaire, comprimé entre la colonne vertébrale et les côtes, a complètement disparu, en sorte que l'organe est réduit à l'adossement des deux plèvres qui se sont jointes par leur face interne à travers le poumon. La lame qui persiste est mince, transparente.

Nous avons vu quelquefois des vaisseaux très-déliés qui rampaient entre ces deux lames pleurales; nous n'avons jamais noté que la compression ait déterminé l'épaississement de ces deux feuillettes des plèvres, ou la production de fausses membranes.

On compte autant de ces dépressions qu'il y a de saillies costales qui répondent au poumon, mais elles sont loin d'être toutes aussi profondes que nous venons de le dire: deux ou trois au plus sur chaque poumon présentent cette disparition complète du tissu pulmonaire, et cela ordinairement à la moitié de la hauteur du poumon. La clavicule et le peu de longueur de la première côte en haut, les organes abdominaux en bas, sont probablement l'obstacle qui s'oppose à une dépression plus considérable de la paroi à leur niveau.

Entre chacune des dépressions il reste une petite portion de substance pulmonaire plus ou moins épaisse, et par laquelle les bronches et les vaisseaux se rendent à la partie antérieure.

Si le rachitisme est moins avancé, la rainure est remplacée par la simple impression des nodosités costales, impression qui s'efface facilement et qui disparaît complètement dès qu'on a enlevé le poumon de la cage thoracique.

Entre ces deux extrêmes (la disparition complète du tissu pulmonaire et une légère impression de la nodosité) il y a des nuances qui dépendent du plus ou moins de saillie des nodosités costales, et qui présentent des particularités remarquables.

Ainsi, à mesure que le nœud rachitique s'approche de la colonne vertébrale, le tissu pulmonaire semble se condenser peu à peu, les vésicules perdent l'air qu'elles contiennent; et cette pression lente fait ce qu'une pression momentanée, mais plus forte, ne peut jamais obtenir; en sorte que le poumon est là carnifié comme après une compression par épanchement. Les poumons rachitiques se présentent donc le plus ordinairement dans l'état suivant:

Rainure verticale formée par le tissu pulmonaire déprimé dans quelques points, carnifié en d'autres, ou par la plèvre adossée à elle-même.

Portion antérieure à cette rainure, déchiquetée en languettes, plus ou moins emphysémateuse.

Portion postérieure, parfois emphysémateuse, parfois enflammée: dans les cas où l'inflammation a envahi la partie postérieure des poumons, les caractères anatomiques de l'hépatation diffèrent un peu de ceux que l'on constate chez les sujets dont la poitrine est bien conformée. Ces organes sont, comme

les poumons, hépatisés, friables, plus lourds que l'eau, facilement pénétrables au doigt. Mais leur couleur, au lieu d'être d'un rouge clair, est souvent d'un rouge noir; la pression en fait découler en abondance du sang noir non aéré; et le parenchyme, ainsi altéré, tient le milieu entre l'hépatisation et l'apoplexie.

Dans les cas où il n'y a pas d'inflammation, la partie postérieure du poumon est d'ordinaire congestionnée, mais le tissu a conservé sa résistance normale.

Le poumon n'est pas le seul organe thoracique qui ait à souffrir de cette déformation des parois. Le cœur aussi est ou dévié ou déformé.

Si la pression s'exerce en plein sur la face antérieure du cœur, de telle sorte que, pris entre la colonne et les côtes, il ne puisse fuir la compression, une, et quelquefois deux des nodosités s'impriment sur cette face, et souvent le péricarde, soit pariétal soit viscéral, a, dans ce point, une légère teinte opaline. Cette dépression, ordinairement superficielle, disparaît par la manipulation du cœur.

Le plus souvent la pression s'exerce sur le bord gauche du cœur; alors celui-ci fuit devant elle en exécutant peu à peu un mouvement de rotation par lequel il se trouve placé de champ; son bord gauche devenant antérieur, sa face antérieure devenant droite. Ce changement de position a pour effet d'enrouler légèrement autour les uns des autres les vaisseaux qui partent de la base du cœur; mais cet effet est trop peu sensible pour avoir une influence marquée sur la circulation.

Lorsque le cœur a exécuté ce mouvement de rotation, si la compression continue, si la face antérieure, qui est devenue droite, glisse un peu sur le côté gauche de la colonne vertébrale, il en résultera que le bord droit, devenu postérieur, sera pressé latéralement entre la colonne et les nodosités; que le bord gauche, devenu antérieur, tendra à occuper tout l'espace sous-sternal, s'élargira, et qu'en définitive le cœur aura la forme d'une pyramide triangulaire.

Cette action lente des parois thoraciques sur le cœur a-t-elle une influence sur la nutrition et le développement de cet organe? Nous ne saurions résoudre complètement cette question: mais nous possédons l'observation d'un rachitique de quatre ans, chez lequel le cœur, ainsi comprimé, était remarquablement hypertrophié. Sa circonférence à la base des ventricules était de dix-huit centimètres au lieu de douze qu'elle présente d'habitude. Les parois des ventricules étaient peu épaissies; les orifices avaient à gauche sept centimètres de circonférence au lieu de cinq à six, et à droite huit, au lieu de six à sept. Aucun autre rachitique ne nous a présenté le même phénomène.

ARTICLE IV.

Mécanisme physiologique de la déformation.

Il suffit de considérer avec attention la manière dont respire un enfant rachitique pour concevoir immédiatement le mécanisme et le vice de cette respiration.

L'étranglement circulaire qui se fait à la base de la poitrine, et par lequel toutes les parties latérales sont rapprochées, indique évidemment que c'est le diaphragme qui, par sa contraction énergique et si fréquemment répétée, est, au moins en partie, la cause de cette déformation latérale.

On peut se demander, il est vrai, pourquoi les muscles antagonistes du diaphragme ne maintiennent pas les côtes au lieu de les laisser s'affaisser; car pour que le diaphragme agisse efficacement, les côtes doivent être fixées par les muscles inspireurs. Mais il faut remarquer que ces muscles sont loin de s'insérer sur les côtes aux mêmes points que le diaphragme.

Ainsi l'insertion du petit pectoral et du grand dentelé se fait en arrière, ou plutôt au-dessus de celle du diaphragme, en sorte qu'il reste un intervalle considérable des côtes entre les attaches des muscles antagonistes; or, tant que le levier costal conserve sa rigidité, il est capable de résister à la traction exercée sur lui en sens inverse, mais s'il se ramollit dans cet intervalle, les muscles petit pectoral et grand dentelé tirant en dehors, pendant que le diaphragme tire en dedans, il se fera une constriction au point le plus ramolli, qui à la base de la poitrine, est un peu au-dessus des attaches du diaphragme. Quant au grand pectoral, son action dans ce cas, est tout à fait différente; il s'attache sur le sternum lui-même, et, dans les grandes inspirations, il tend à le porter en avant et en haut, en sorte qu'il n'a aucune action pour empêcher la dépression qui tend à se former en arrière de lui.

De toutes ces actions musculaires il résulte :

1° Que la poitrine est circulairement retrécie à sa base par le diaphragme;

2° Que le sternum est porté en avant, ou plutôt maintenu dans sa position, sous l'influence du grand pectoral et du mouvement naturel imprimé par les côtes;

3° Que les fausses côtes sont redressées au-dessous de la constriction circulaire, à cause de la résistance des organes abdominaux. Pour arriver à ces résultats, il n'est pas nécessaire d'admettre une diminution d'action dans les muscles antagonistes du diaphragme, ainsi que l'a fait M. Ruz, car les forces agissant également, mais en sens inverse, sur deux points éloignés d'un même levier, il suffit que ce levier ne soit pas rigide pour que sa déformation ait lieu.

Mais ce mécanisme bien réel de la déformation thoracique ne suffit pas pour en expliquer toutes les circonstances, la dépression verticale, qu'on dirait produite par une force invisible et centripète, est évidemment indépendante de l'action du diaphragme, et ne peut mieux être comparée qu'à l'effet produit sur la soupape d'un soufflet au moment où l'on en écarte les deux branches; c'est qu'en effet le mécanisme est le même, et que la pression atmosphérique est la cause principale de la déformation.

Il suffit pour comprendre cette action, de rappeler en quelques mots le mécanisme de la respiration.

La pression atmosphérique s'exerce en dehors de la poitrine, sur les parois costales, en dedans sur

l'arbre bronchique, et se fait ainsi équilibre à elle-même. En même temps que cette puissance exerce cette double action, le poumon, par sa contractilité, tend à revenir sur lui-même, et en est empêché par la rigidité des côtes, et l'impossibilité de faire le vide dans la cavité pleurale.

C'est donc en un mot, dans la résistance de la paroi et dans la contractilité du poumon que réside la conservation de la forme de la poitrine, ou plutôt, c'est dans le rapport qui existe entre ces deux forces.

Diminuez la solidité de la cage thoracique à tel point qu'elle soit moindre que n'est la force de contractilité pulmonaire, et vous aurez une dépression aux points où la cage thoracique est plus faible.

C'est ce qui a lieu dans le cas dont nous parlons.

Augmentez la force de contraction pulmonaire, comme cela a lieu dans les épanchements pleurétiques

qui ont carnifié le poumon vous aurez encore, lors de la résorption de l'épanchement, une déformation de la poitrine.

D'où l'on voit que, dans ces cas, en apparence si opposés, le mécanisme est le même: dérangement de rapport entre les deux forces qui tendent à produire le vide dans la cavité pleurale: seulement dans un cas, c'est la paroi qui est plus faible; dans l'autre c'est le poumon qui est plus fort.

En résumé, la déformation de la poitrine, chez les jeunes rachitiques, doit être attribuée à une seule cause: le défaut de consistance des parois costales; et la déformation se produit sous l'influence de deux agents:

- 1° La contractilité normale du tissu pulmonaire;
- 2° La contraction normale des muscles inspireurs.

(J. des Conn. médico-chirurg., mai.)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

43. Considérations pratiques sur les abcès du creux du jarret.

Quatre malades se trouvant en même temps, dans le service de M. Velpeau, porteurs d'abcès dans l'espace poplité, ont fourni à ce professeur l'occasion d'émettre, au sujet de cette lésion, quelques considérations d'un très-grand intérêt pour la pratique. Ces malades étaient couchés aux numéros 2 et 25 de la salle des femmes, et aux numéros 11 et 20 de la salle des hommes.

Le jarret, a dit M. Velpeau, comme l'aisselle, l'aîne, le périnée, les régions inguinale, iliaque, etc., est une partie fort complexe, composée de tissus de plusieurs sortes, d'os, de ligaments, de muscles, de tendons, de coulisses synoviales, de tissu cellulaire; or, toutes les régions composées d'éléments si divers offrent des maladies variées dont le diagnostic est souvent fort difficile. Les abcès se développent dans cette partie, comme ils le font partout ailleurs, sous l'influence de causes diverses. Les uns sont sous-cutanés, et comme ils ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans les autres points du corps, nous n'aurons rien à en dire; mais ceux qui sont situés plus profondément sont souvent fort difficiles à reconnaître, car des couches épaisses de tissus variés les séparent de la peau, et il est impossible, avant une certaine époque, de les diagnostiquer d'une manière bien précise. Ainsi cette jeune fille couchée au numéro 25 offrait bien une douleur sourde, profonde dans la région poplité, il y avait de l'empatement sur ce point, mais on ne pouvait affirmer que derrière ces épais tissus il existait une collection purulente. De plus, l'abcès formé dans cette région peut se faire jour dans un point fort éloigné; le pus peut remonter vers la cuisse ou descendre dans l'épaisseur du jarret, et même jusque sur les côtés du tendon d'Achille. Le jeune homme couché au nu-

méro 11 semble être dans le même cas; on a fait une incision au bas de la jambe, et il en est sorti une quantité énorme de pus.

Mais c'est moins vers la jambe que se dirige le pus formé dans le jarret que vers la cuisse, en suivant cette sorte de canal qui donne passage aux vaisseaux et nerfs ischiatiques. Des fusées peuvent s'établir sur leur trajet, et le pus se faire jour sur un point fort élevé, avant qu'on ait reconnu, d'une manière positive, la présence d'un abcès dans le jarret. La jeune fille couchée au numéro 2 est dans un cas pareil; il est survenu chez elle de la douleur dans le jarret; on a bien senti de l'empatement, mais non de la fluctuation; la douleur s'est étendue dans la partie inférieure de la cuisse, et enfin la fluctuation a été reconnue sur le côté externe du membre. Chez celle du numéro 25, au contraire, l'abcès est resté dans la région poplité; la peau a fait saillie en dehors, s'est amincie, et un coup de bistouri a donné issue à une quantité considérable de pus.

L'abcès peut aussi se porter en dedans ou en dehors: dans le premier cas, il devient assez facilement sous-musculaire, le vaste interne n'étant pas fixé au fémur par des liens très-serrés.

Si l'abcès se porte en avant il ne rencontre que des tissus osseux et ligamenteux; alors on a à redouter que le pus pénètre dans l'articulation. On aurait à combattre dans ce cas une arthrite purulente, ce qui est un cas excessivement grave.

Si le pus accumulé dans l'espace poplité peut se porter dans les régions voisines, il peut aussi venir de points plus ou moins éloignés, et se former en collection dans cette partie. On a vu, par exemple, du pus provenant d'une carie des vertèbres venir s'accumuler dans le jarret. M. Velpeau a donné des soins à un homme qui portait dans ce point un abcès énorme; on reconnut à l'autopsie que le pus provenait du sacrum carié. Il y avait, ces jours derniers,